

Piia-Riikka Valkeinen & Iida Yli-Hietanen

Muistisairaahan potilaan kohtaaminen sairaanhoitajan näkökulmasta

Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö
Kevät 2018

Sairaanhoitaja (AMK)

View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk

powered by
CORE

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijät: Valkeinen Piia-Riikka & Yli-Hietanen Iida

Työn nimi: Muistisairaahan potilaan kohtaaminen sairaanhoitajan näkökulmasta: Kirjallisuuskatsaus

Ohjaaja: Salo Virpi TtM, lehtori & Heikkilä Asta TtT, yliopettaja

Vuosi: 2018 Sivumäärä: 42 Liitteiden lukumäärä: 4

Tämän opinnäytetyön aiheena on muistisairaahan potilaan kohtaaminen sairaanhoitajan näkökulmasta. Aihe on ajankohtainen, koska muistisairauksista kärsiviä ihmisiä on Suomessa runsaasti ja sen vuoksi hoitoalalla työskentelevien tulee osata kohdata muistisairaahan potilaat ammattitaitoisesti. Muistisairaudet ovat suuri haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka sairaanhoitaja kohtaa muistisairaahan potilaan hoitotyössä. Tavoitteena oli, että sairaanhoitaja voi opinnäytetyöhön kootun tiedon avulla kohdata muistisairaahan potilaan ammatillisesti hoitotyön tilanteissa.

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita mukaillen. Työhön koottiin laajasti tietoa hoitajan ja muistisairaahan potilaan välisestä kohtaamisesta. Opinnäytetyön tuloksista muodostettiin työn loppuun sivun mittainen yhteenveto siitä, kuinka kohdata muistisairas potilas ammatillisesti. Sairaanhoitaja voi käyttää yhteenvetoa työssään esimerkiksi muistilistana kohdatessaan muistisairaahan potilaan.

Tutkimusten perusteella tärkeimmät seikat onnistuneeseen kohtaamiseen vaikuttavat olevan hoitajan ammattitaito ja hänen yksilölliset luonteenpiirteensä, kiireetön kohtaamistilanne, toimiva keskustelu sekä hoitajan selviytymiskeinot haastavissa tilanteissa.

Tulevaisuudessa voi olla hyödyllistä selvittää, millaista osaamista muistisairaiden kohtaamisesta sairaanhoitajilla on sellaisilla toimipaikoilla, jotka eivät ole keskittyneet pääasiassa muistisairaiden hoitoon. Tulevaisuudessa on oleellista tutkia, mihin muistisairaahan potilaan hoidon osa-alueisiin sairaanhoitajat erityisesti toivovat lisäosaamista.

Avainsanat: muistisairaus, kohtaaminen, sairaanhoitaja, kirjallisuuskatsaus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Nursing

Author/s: Valkeinen Piia-Riikka & Yli-Hietanen Iida

Title of thesis: Encountering a Memory Disordered Patient from a Nurse's Point of View

Supervisor(s): Salo Virpi, MNSc, lecturer & Heikkilä Asta, PhD, Principal Lecturer

Year: 2018

Number of pages: 42

Number of appendices: 4

This bachelor's thesis is about encountering patients suffering from memory disorders. It is written from a nurse's point of view.

Lots of people in Finland suffer from memory disorders, which is challenging for people working in health care and social services. Encountering a patient with a memory disorder should be carried out professionally, and finding the ways to do this was the main goal of this thesis.

The thesis was achieved using the methods of literature review. A large data of how nurses encounter people with memory diseases was collected. The results show that the most important things to succeed in these encounters are a quiet environment, interactive conversation, and the nurse's expertise, personal features, and creativeness in unexpected situations.

A result of this thesis, was the creation of a check list to help nurses encountering people with memory disorders in a professional way.

Keywords: memory disorder, meeting, nurse, literature review

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ	4
1 JOHDANTO	6
2 MUISTISAIRAUDET	8
2.1 Yleisimmät muistisairaudet	8
2.2 Muistisairauden aiheuttamat käytösoireet.....	10
2.3 Muistisairauksien hoito.....	11
3 MUISTISAIRAAN KOHTAAMINEN	15
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	17
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	18
5.1 Tutkimusmenetelmä.....	18
5.2 Aineiston keruu	18
5.3 Sisäänottokriteerit	19
5.4 Opinnäytetyön aineiston valintaprosessi	21
5.5 Aineiston analysointi	21
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	24
6.1 Onnistunut kohtaaminen	24
6.2 Kohtaamiseen vaikuttavat tekijät.....	26
6.3 Haastavat tilanteet muistisairaahan potilaan kohtaamisessa	27
6.4 Hoitoon osallistuvien kokemuksia kohtaamisesta	29
7 POHDINTA	31
7.1 Tulosten tarkastelu.....	31
7.2 Jatkotutkimukset	33
7.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	34
7.4 Ammatillinen kasvu	35
LÄHTEET	37
KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTEET	40

LIITTEET	42
----------------	----

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena on muistisairaahan potilaan kohtaaminen sairaanhoitajan näkökulmasta. Muistisairaudet ovat sairauksia, jotka heikentävät muistia ja muita tiedonkäsittelyn osa-alueita. Muistisairaudet ovat kansanterveydellinen ja -taloudellinen haaste. Ne yleistyvät tulevaisuudessa reilusti väestön ikääntymisen myötä. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2018.) Joka kolmas yli 65-vuotias kertoo kärsivänsä muistioireista. Suomessa on 200 000 henkilöä, joilla kognitiivinen toiminta (tiedonkäsittely) on lievästi heikentynyt, ja 100 000 lievän ja 93 000 vähintään keskivaikean dementian oireista kärsivää. (Käypä Hoito 2017.) Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen (2018) mukaan muistisairauksista kärsivien ihmisten määrä moninkertaistuu seuraavien vuosikymmenien aikana. Muistisairaiden potilaiden lisääntyvään määrään vaikuttaa ikääntymisen lisäksi muistisairauksien riskitekijöiden yleisyys sekä niiden diagnostiikan ja hoidon kehitys. Muistisairaita potilaita esiintyy eniten alueilla, joilla on paljon iäkääntyvää väestöä.

Muistisairaudet ovat yleisiä maassamme ja muistisairaita potilaita kohdataan päivittäin lähes kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon osa-alueilla, joten jokaisen hoitoalalla työskentelevän tulee osata kohdata muistisairas potilas ammattitaitoisesti. Hoidon ajankohtaiset ydinasiat ovat muistisairauksien ehkäisy, varhainen taudinmääritys, kokonaisvaltainen hoito, kuntoutus sekä ehyt hoitopolku. Kaikilla terveyden- ja sosiaalihuollon tasoilla tarvitaan lisää tietoa muistisairauksista. (Erkinjuntti ym. 2010, 5.)

Muistisairaiden potilaiden hoidossa tulee huomioida vuonna 2020 voimaantuleva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus. Ikäihmisten kohdalla sote-uudistuksella pyritään siihen, että he voisivat asua mahdollisimman pitkään omissa kodeissaan ja että omaishoitoon kannustetaan aiempaa enemmän. Sote-uudistus monipuolistaa palvelutarjontaa ja saattaa erityisosaamisen paremmin kaikkien saataville, lisäksi digitaaliset terveystalvet lisääntyvät. (Terveys ja hyvinvoinnin laitos) Muistisairaiden kohdalla sairaanhoitajan on oleellista varmistaa, että he päätyvät palvelujen piiriin. Sähköisistä terveystalvet tulee huomioida, että niitä ei välttämättä osata käyttää, ja muistisairaalle on järjestettävä vaihtoehto niille.

Idea opinnäytetyön aiheeseen syntyi opinnäytetyön tekijöiden kiinnostuksesta tutkia muistisairaahan potilaan kohtaamista sairaanhoitajan näkökulmasta. Molemmat opinnäytetyön tekijät työskentelevät vanhusten parissa ja muistisairaiden kohtaaminen on työssä jokapäiväistä. Lisäksi opinnäytetyön aiheen katsottiin olevan ajankohtainen. Opinnäytetyön aiheen rajausta harkittiin tarkoin. Aluksi pohdittiin, onko alue liian laaja vai tuleeko sitä rajata tarkemmin. Tiedonhakuja tehdessä havaittiin, että aihetta on tutkittu vähän, joten aihetta ei katsottu tarpeelliseksi rajata kohdistumaan tiiviimmin pienempään kohderyhmään.

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita mukaillen. Havaittiin, että systemaattinen kirjallisuushaku sopii opinnäytetyön aiheeseen hyvin, sillä tietoa aiheesta ei löydy kovin runsaasti. Opinnäytetyön tuloksista muodostettiin työn loppuun sivun mittainen yhteenveto siitä, kuinka kohdata muistisairas potilas ammatillisesti. Sairaanhoitaja voi käyttää yhteenvetoa työssään esimerkiksi muistilistana kohdatessaan muistisairaahan potilaan. Yhteenvedosta löytyy konkreettisia neuvoja hoitajan ja muistisairaahan potilaan väliseen kohtaamistilanteeseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, kuinka sairaanhoitaja kohtaa muistisairaahan potilaan hoitotyössä. Tavoitteena on, että sairaanhoitaja voi opinnäytetyöhön kootun tiedon avulla kohdata muistisairaahan potilaan ammatillisesti hoitotyön tilanteissa.

2 MUISTISAIRAUDET

2.1 Yleisimmät muistisairaudet

Alzheimerin tautia pidetään muistisairauksista yleisimpänä, 60 prosenttia muistisairauksista on Alzheimerin tautia. Tauti alkaa lähimuistin heikentymisenä sekä ajan- ja paikantajun katoamisella. Henkilökohtaiset tavarat ovat kateissa ja keskusteluissa sanat ovat hukassa. Osa motorisista toiminnoista vaikeutuu. Lisäksi sairaudentunto heikentyy tai katoaa kokonaan. Taudin edetessä laihtuminen yleistyy, askelväli lyhenee ja kävely muuttuu hitaammaksi. Muita oireita ovat etukumara asento, spastisuus, virtsan- ja ulosteenkarkailu. Alzheimerin taudin syy on epäselvä. Tietokonetomografiassa ja magneettikuvissa nähdään aivojen surkastumista, mutta laboratoriokokeiden tulokset eivät ole normaalista poikkeavia. Riskitekijöinä pidetään korkeaa ikää, suurentuneita kolesteroliarvoja, diabetesta sekä verenpainetautia. Ennaltaehkäiseviä tekijöitä puolestaan ovat terveelliset elintavat, liikunnan säännöllinen harrastaminen ja kalan syöminen. (Sulkava 2016.)

Lewyn kappale -tauti on toiseksi yleisin muistisairaus heti Alzheimerin taudin jälkeen. Suomalaisista muistisairaista sitä sairastaa 20 prosenttia, miehet sairastavat sitä useammin kuin naiset. Aivoissa tapahtuu samankaltaisia muutoksia kuin Alzheimerin taudissa, syy on edelleen tuntematon. (Atula 2015.) Lewyn kappale -tauti alkaa hitaasti 50-80 vuotiaana tapahtumamuistin heikentymisellä. Oireita ovat tarkkaavaisuuden häiriöt, vireystilan vaihtelut, tiedonkäsittelyn vaikeudet ja fyysisen toimintakyvyn lasku. Potilaalle tulee parkinsonismia muistattavia oireita, kuten kävelyn vaikeutumista, lihasjäykkyyttä sekä hidasliikkeisyyttä. Näköharhat kuuluvat oireisiin. Hoidossa oleellista on aloittaa fysioterapia ajoissa toimintakyvyn ylläpitämiseksi. (Hallikainen 2017, 233.) Atulan (2015) mukaan diagnoosi tehdään olemassa olevien oireiden ja magneettikuvauksessa todettujen Alzheimerin taudin muutosten uupumisen perusteella. Taudille ei vielä ole kehitetty ehkäisevää, pysäyttävää tai parantavaa hoitoa. Potilaat saavat hyvin herkästi oireita muutamista psyykelääkkeistä, esimerkiksi sekavuutta tai kävelykyvyn alenemista.

Verisuoniperäinen dementia eli toisin sanoen vaskulaarinen dementia on muistisairaus, jonka aiheuttaa erilaiset aivoverenkiertohäiriöt. Aivoverenkiertohäiriöitä ovat aivoinfarktit, -verenvuodot sekä lievät oireettomat infarktit. Sairaus jaetaan kahteen pääluokkaan sen perusteella, ovatko aivoverenkiertohäiriön aiheuttamat muutokset aivojen kuorikerroksella vai syvissä osissa. Riskitekijöitä ovat korkea verenpaine ja kolesteroliarvot, ylipaino, diabetes, liikkumattomuus, tupakointi ja alkoholin käyttö. Vaskulaarisessa dementiassa oireena ilmaantuu toimintakyvyn taantuminen ennen muistin heikentymistä. Oireet alkavat nopeasti. Oireet riippuvat siitä, mikä osa aivoista on vaurioitunut. Muita oireita ovat esimerkiksi ongelmat puheessa ja kävelyssä tai erilaiset halvausoireet. Diagnoosi saadaan selville tietokone- tai magneettikuvausten perusteella. Tautiin ei ole olemassa lääkettä. Hoidon tarkoituksena on ehkäistä aivoverenkiertohäiriöiden uusiutuminen ja puuttua riskitekijöihin. (Atula 2015.)

Otsa- ohimolohkorappeumalla tarkoitetaan aivojen otsalohkojen toiminnan alenemista ja siitä seuraavien oireiden ilmaantumista. Otsa-ohimorappeuma sisältää kolme toisistaan eroavaa etenevää sairautta (semanttinen dementia, otsalohkodementia ja etenevä sujumaton afasia). (Remes & Rinne 2015.) Kyseessä on oireyhtymä, joka on useiden sairauksien summa. Syy toistaiseksi tuntematon, mutta geenivirheellä uskotaan olevan vaikutusta sen syntyyn. Tyypillisin oire on potilaan käytöksen ja luonteen muuttuminen. Elämänhallinta katoaa vähitellen ja mieliala muuttuu. Sosiaaliset taidot katoavat. Potilailta puuttuu sairautentunto. Diagnoosin tekeminen on vaikeaa. Se saadaan selville neuropsykologisten tutkimusten, tietokone- ja magneettikuvauksen sekä huonon psykiatrisen hoidon vasteen ansioista. Parantavaa tai pysäyttävää lääkettä ei ole keksitty. (Käypä hoito -suositus 2017.)

Parkinsonin tauti on neurologien sairaus. Yleisimmät oireet ovat lepovapina, lihasjäykkyys ja liikkeiden hidastuminen. (Atula 2016.) **Parkinson-dementia** tarkoittaa sitä, että Parkinsonin tauti on jatkunut potilaalla vuosia, ja siitä seuraa muistisairaus. Tyypillisiä oireita ovat aloitekyvyttömyys, ajattelun taantuminen sekä toimintakyvyn heikentyminen. Tauti eroaa Alzheimerin taudista siten, että potilas

kykene palauttamaan mieleen asiat heikommin, mutta uusia asioita oppii helpommin. (Sulkava 2016.)

2.2 Muistisairauden aiheuttamat käytösoireet

Muistisairaus saattaa edetessään aiheuttaa joillekin potilaille käytöshäiriöitä. Ne ovat muistisairaalle potilaalle keino selviytyä erilaista tilanteista, joihin hän joutuu. Oireiden selvittämisessä tulee pohtia monta eri asiaa, muun muassa millaisia oireita esiintyy, miten oireet ilmaantuvat ja millaisissa tilanteissa. (Kelo ym. 2015, 221.) Käytösoireisiin on olemassa aina jokin syy ja se tulee selvittää. Käytöksen muutosten syiden selvittäminen vaatii tarkkaa ja pitkällistä havainnointia jotta selviää, mitkä tilanteet tai millainen kohtelu laukaisee, vaikeuttaa, tai helpottaa käyttäytymisen muutoksia. (Mönkäre 2014, 87–88.) Kanadassa on käytössä DOS (Dementia Observation System/ Behaviour Tracking Tool) -kaavake, johon täytetään potilaan käyttäytymisestä tieto puolen tunnin välein koko vuorokauden noin seitsemän päivän ajan. Taulukkoon on listattu numeroin erilaisia käyttäytymistapoja (esimerkiksi nukkuu, hereillä/rauhallinen, äänekäs, levoton, etsii reittiä ulos, aggressiivinen verbaalisesti tai fyysisesti), joista valitaan oikea käyttäytymistapa tiettyyn kellonaikaan. Kaavakkeen avulla saadaan selville, miten potilas käyttäytyy ja mihin kellonaikaan käytös alkaa. Kun tiedot täytetään taulukkoon, saadaan selville helposti käyttäytymisestä ja mahdollisista käytösoireista kokonaiskuva. (RNAO 2008.)

Käytösoireille on olemassa aina syynsä. Huutaminen tarkoittaa, että potilas haluaa kertoa itselleen omasta olemassa olostaan tai hän kaipaa turvallisuudentunnetta. Käytökseen vaikuttavat esimerkiksi kipu, omassa elämänhistoriassa tapahtuneet asiat, turvattomuus sekä ympäristötekijät. Aggressiivisuus hoitotilanteissa tai jatkuvasti tarkoittaa sitä, että potilas ei ymmärrä tarvitsevänsä apua. Hän haluaa tehdä asiat itse tai potilaalla saattaa olla kipuja. Aggressiivisuuteen vaikuttavat esimerkiksi potilaan persoonallisuus, kliiniset muutokset elimistössä, väärä lääkitys, potilaan oman tahdon huomiotta jättäminen tai hoitajien tiedottomuus kohtaamisesta. Hoitotilanteiden vastustelussa potilas saattaa kokea, että hänen henkilökohtaiselle alueelle tunkeutuu vieras henkilö ja hän pelkää. Tähän

vaikuttavia tekijöitä ovat vaikeutunut asioiden ymmärtäminen ja hahmottaminen tai hoitajan vaikeasti ymmärrettävä puhe. Levottomuus puolestaan on merkki virikkeiden vähyydestä ja sosiaalisten kontaktien puutteesta. Tähän vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi sekava ympäristö tai hoitajien resurssipula. Unirytmien sekaantuminen johtuu potilaan oman rytmien erilaisuudesta verrattuna hoitopaikan ympäristöön. Vuorokaudenajat eri vuoden aikoihin sekoittavat uni-valverytmiä ja valaistuksella on merkitystä. Masennuksen oireet johtuvat siitä, että potilas ymmärtää muistinsa heikentymisen, mutta ei siitä seuraavia muutoksia. Masennukseen vaikuttavat muun muassa se, että päivittäisistä toiminnoista tulee vaikeampia kuin ennen sekä potilaan ohjaamattomuus oikeiden palveluiden piiriin. (Kelo ym. 2015, 222–223.)

2.3 Muistisairauksien hoito

Mahdollinen muistisairaus tulee tunnistaa mahdollisimman nopeasti. Mikäli yksilö huomaa että muisti alkaa oireilla, tulee hänen hakeutua lääkärin vastaanotolle tai kunnan muistihoitajalle. Muistioireiden syy tulee aina selvittää. Avoterveydenhuollossa voidaan tehdä alkukartoitus, jonka jälkeen potilas tarvittaessa ohjataan muistipoliklinikalle. Käypä hoito -suosituksen mukaisesti muistipotilaan diagnostiikka ja hoidon järjestäminen keskitetään muistipoliklinikalle. Muistipoliklinikka ja muistitiimi ovat muistisairaahan hoidossa tärkeitä tekijöitä. Muistitiimin rakenne saattaa muuttua potilaan tilanteen vaatimalla tavalla. Muistitiimiin kuuluu aina ainakin muistihoitaja ja lääkäri. Lisäksi muistikoordinaattori on osa tiimiä. Hän varmistaa, että potilas saa tarvitsemansa hoidon ja seuraa sen toteutumista. (Käypä hoito 2017.)

Muistisairaahan hoidon tavoite on elämänlaadun turvaaminen. Hoidon kokonaisuuteen kuuluu muistisairaahan hoidon lisäksi muiden sairauksien hyvä hoito, liikunta ja monipuolinen aktiivisuus. (Vainikainen 2016, 50.) Muistisairaahan hoidon järjestäminen alkaa heti potilaan saatua diagnoosin. Hoidon järjestämistä ohjaa ajan tasalla oleva kuntoutussuunnitelma. Palvelut järjestetään aina yksilöllisesti muistisairaahan ja läheisen tarpeiden mukaan. (Hallikainen ym. 2014, 198.)

Muistisairaahan hoidon perustana toimii kuntoutussuunnitelma. Se laaditaan muistisairaalle heti, kun muistisairaus on todettu. Siihen kirjataan kuntoutumisen tavoitteet ja keinot selvästi ja ymmärrettävästi. Sen lähtökohtana on ajantasainen ja oikea tieto muistisairaahan toimintakyvystä. Se laaditaan yhdessä sairastuneen ja hänen läheisensä kanssa. Sen tulee olla yksilöllinen, kuntoutus- ja voimavaralähtöinen, moniammatillinen sekä ajantasainen. Sitä arvioidaan säännöllisesti hoitopaikasta riippuen vähintään kerran vuodessa ja aina muistisairaahan tilanteen muuttuessa. Parhaimmillaan se yhdistää muistisairaahan hoidon kokonaisuudeksi, ja sen pohjalta eri hoitotahot toteuttavat muistisairaahan hoitoa. (Lotvonen, Rosenvall & Nukari 2014, 202.)

Palveluita muistisairaille on saatavilla hänen yksilöllisen tarpeensa perusteella. Muistisairaalla on hyvä olla olemassa yksi mahdollisimman pysyvä vastuuhenkilö, joka tuntee muistisairaahan tilanteen ja osaa avustaa muistisairasta ja hänen läheisiään palveluiden järjestämisessä. Useimmiten tällainen henkilö on muistihoitaja tai muistikoordinaattori. (Lotvonen ym. 2014, 203.) Muistisairaille on saatavilla tukipalveluita kotona asumiseen. Lisäksi lyhytaikaishoito, tilapäishoito ja vuorohoito, sekä ympärivuorokautinen hoito ovat muistisairaahan ihmisen hoitojärjestelmän osia. (Hallikainen ym. 2014, 198.) Mikäli muistisairaahan omaiset haluavat pitää huolta muistisairaasta, voi tulla kyseeseen omaishoito (Lotvonen ym. 2014, 216). Muistisairas ja hänen läheisensä tarvitsevat riittävästi tukea. Sillä tarkoitetaan heidän hyvinvointinsa ja elämänlaatunsa ylläpitämistä ja parantamista. Muistisairaahan ja hänen läheisensä tukeminen pohjautuu ihmisoikeuksiin ja potilaan oikeuksiin, kuten itsemääräämisoikeuteen, oikeuteen hyvään hoitoon ja kohteluun, hoitotakuuseen ja hoitotahtoon. (Huhtamäki-Kuoppala & Koivisto 2010, 530.)

Muistisairauksia hoidetaan muistisairauslääkkeillä. Muistisairauksien hoidossa käytettävillä lääkkeillä tarkoitetaan aivoissa asetyylikoliinia hajottava asetyylikoliiniesteraasientsyymien estäjää (AKE-estäjää), tai liiallisen glutamaattivaikutuksen estäjää. Suomessa ovat käytössä AKE-estäjistä *donepetsiili*, *galantamiini* ja *rivastigmiini*. Glutamaatin vaikutuksen estäjistä käytössä on vain *memantiini*. (Pirttilä ym. 2010, 466.) AKE-estäjät tehostavat kolinergisen järjestelmän toimintaa aktivoimalla laaja-alaisesti aivokuoren hermosoluja ja parantamalla niiden toimintakykyä. Mikäli AKE-estäjät eivät sovi

potilaalle, hoito voidaan aloittaa memantiinilla, joka estää aivosoluille haitallista liiallista glutamaatti-välittäjäainevaikutusta. AKE-estäjää ja memantiinia käytetään yhdistelmähoitona, silloin kun Alzheimerin tauti etenee tai kun ilmaantuu käytöshäiriöitä. Muistisairauslääkkeiden vaikutuksesta potilaan yleinen aktiivisuus ja aloitteellisuus kohenevat, arkitoimet sujuvat joustavammin, rauhattomuus vähenee ja käytösoireet lievittyvät, mutta lääkkeet eivät paranna muistia, joten unohtelu ei useinkaan vähene. (Hallikainen 2014.)

Muistisairaahan lääkehoidossa tulee ottaa huomioon muistisairaahan lääkityksen kokonaisvaltaisuus. Muistisairailla on usein muistisairauslääkkeiden lisäksi käytössä useiden eri lääkeryhmien lääkkeitä. Monilääkitys altistaa haitta- ja yhteisvaikutuksille. Muistisairaahan lääkehoito tulee olla osana kuntoutussuunnitelmaa lääkehoitosuunnitelmana. Sitä tulee arvioida säännöllisesti. (Lönnerroos & Sillanpää 2014, 222.)

Hartikaisen ja Taipaleen (2017, 429–430) tutkimuksen mukaan monet Alzheimerin tautia sairastavat käyttävät psyykenlääkkeitä. Yleisimmin käytössä olivat bentsodiatsepiinit ja niiden kaltaiset lääkkeet. Muistisairauksiin liittyvien käytösoireiden hoidossa suositetaan ensisijaisesti lääkkeetöntä hoitoa. Psyykenlääkkeiden teho käytösoireiden hoidossa on rajallinen. Näyttöä toimivuudesta on lähinnä aggressio- ja vainoharhaisuusoireisiin, joihin toisen polven psykoosilääkkeistä näyttää olevan kohtalainen teho, lisäksi SSRI-lääkkeet näyttävät vähentäneen kiihtyneisyys ja psykoosioireita muistisairailla. Yleisimmin käytössä olevaa bentsodiatsepiinia ei suositella käytettäväksi kuin kriisitilanteissa, koska niiden tehosta käytösoireisiin ei ole näyttöä. Psyykenlääkkeiden käytöstä voi aiheutua muistisairaalle haittoja, joita ovat muun muassa suurentunut kuolemanvaara, sydän- ja verenkiertotapahtumien vaara sekä kaatumistapaturmien takia murtumien vaara. Psyykenlääkkeiden käyttö tulee rajata vain hankalimpiin tilanteisiin, lisäksi niiden käytön pitää olla lyhytkestoista.

Muistisairauksien lääkkeetön hoito tarkoittaa ensisijaisesti sitä, että muistisairaasta ja hänen tarpeistaan huolehditaan mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. Hoidon ja hoitoympäristön avulla pyritään tukemaan jäljellä olevaan toimintakykyä sekä kompensoimaan puutteita. Lääkkeettömällä hoidolla pyritään ehkäisemään käytösoireiden ilmenemistä. Siinä hoitohenkilöstön vuorovaikutustaidot ovat

avainasemassa. Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan erilaisia psykososiaalisia hoidollisia lähestymistapoja, opastusta, ohjausta sekä vuorovaikutukseen ja potilaan ympäristöön vaikuttamista. (Erkinjuntti ym. 2010, 486.) Käyttöoireiden lääkkeettömässä hoidossa tärkein hoitokeino on hyvä, oireiden syitä selvittävä kliininen tutkimus, jota täydennetään hyvällä perushoidolla, omaisten tukemisella, epäasiallisen lääkehoidon purkamisella, liikunnalla ja virkistystoiminnalla. (Hartikainen & Taipale 2017, 429.)

3 MUISTISAIRAAN KOHTAAMINEN

Muistisairaahan potilaan kohtaamisen perusta on sama kuin kenen tahansa ihmisen kohtaaminen (Mönkäre 2014, 85). Muistisairaahan potilaan hoidon tavoitteena ovat toimintakyvyn ylläpitäminen sekä hyvän elämän jatkuminen aina loppuun asti. Muistisairaalla potilaalla on myös tunteita. Niiden ilmaiseminen ja kokeminen muuttuvat sairauden edetessä. Hoitosuhdetta vaikeuttavat potilaiden erilaisten tunteiden tunnistamattomuus tai niiden kieltäminen. Potilaan epäjohdonmukaisten tunneilmaisujen hyväksyminen luo potilaalle turvallisen ilmapiirin, äänensävy ja eleet kertovat paljon tunteesta. Tavallisimpia tunteita muistisairaalla ovat pelko, häpeä ja syyllisyyden tunne. (Mönkäre 2017, 38–50.) Muistisairas potilas ei aina osaa ilmaista kipua sanallisesti, vaan se voi ilmetä esimerkiksi aggressiivisuutena, vetäytymisenä, hoitotoimenpiteiden vastusteluna, sekavuutena, väsymyksenä, hikoiluna tai sydämen nopealla sykkeellä. Kivun mittari muistisairaalla on PANAID -kaavake (pain assesment in advanced dementia). Hoitaja havainnoi potilaan ilmeitä, eleitä ja ääniä, jonka perusteella pisteet lasketaan. (Hallikainen & Nukari 2017, 156–157.)

Vuorovaikutuksen lähtökohdat ovat kunnioittaminen, luottamuksen saavuttaminen ja arvostaminen. Muistisairaahan potilaan kanssa keskusteltaessa on tärkeää säilyttää katsekontakti, jotta potilas ymmärtää, että hänelle puhutaan. Hoitajan tulee varmistua siitä, että potilas on kiinnittänyt huomionsa häneen (Alzheimer society 2011, 42). Puhuttaessa yksi henkilö puhuu kerrallaan, koska potilas menee sekaisin ja hätääntyy jos erilaisia ääniä tulee eripuolilta. Potilaan puhuessa häntä ei saa keskeyttää ja sanojen ollessa hukassa hoitaja voi auttaa potilasta etsimään oikeita sanoja (Alzheimer society 2011, 42). Potilaalle luodaan turvallinen elinympäristö. Häntä puhutellaan koko nimellä. Käytetään selkokieltä ja lyhyitä lauseita. Potilaalle annetaan aikaa ja tarvittaessa toistetaan sanottu uudelleen. Apuna voidaan käyttää erilaisia kuvia. Hoitotilanteiden aikana hoitajat eivät puhu keskenään, se sekoittaa potilaan. Potilaalle tulee kertoa kaikki, mitä tehdään, selkeästi (Alzheimer society 2011, 42). Hoitaja näyttää potilaalle mallia, häntä ei pakoteta mihinkään. Lisäksi huomioidaan potilaiden yksilöllisyys, kaikilla on oma reviirinsä, eivätkä kaikki pidä koskettamisesta. Henkilö, joka puhuu potilaalle, on sopivalla etäisyydellä, jotta potilas näkee hänen kasvot. Ympäristön tulee olla rauhallinen, väreillä ja

valoisuudella on merkitystä. Menneisyydessä tapahtuneista asioista puhuminen saattaa laukaista joitain odottamattomia tunnetuloja tai reaktioita. Epäluuloisen muistisairaahan kanssa potilaan vähättely ei auta. Esimerkiksi kadonneet tavarat voi yhdessä hoitajan kanssa etsiä uudelleen ja uudelleen ja yhdessä huomata, että niitä ei ole varastettu. Aggressiivisesti käyttäytyvä potilas voi kokea kipua tai pelkoa. Hoitajan tulee puhua rauhallisesti ja estää vaaratilanteet, jossa muut potilaat voivat loukkaantua. Potilasta rajoitetaan rauhallisesti. Hoitavan henkilön vaihtaminen saattaa laukaista tilanteen. Oikeanlainen vuorovaikutus on osa lääkkeitöntä hoitoa. (Mönkäre 2017, 38–50.)

Muistisairaahan potilaan kunnioittavaan kohtaamiseen ei kuulu muistisairaahan aliarvioimista tai väheksyntää, eikä muistamattomuudesta ja osaamattomuudesta huomauttelemista tai muistisairaahan nolaamista. Arvostavaa kohtaamista ei ole väheksyminen tai mitätöiminen. Muistisairastakohdellaan kuten hänen ikäistään kuuluu, ei kuten lasta. Hoitajan ja hoitotilanteen kiireisyys, hermostuneisuus ja kiukkuisuus taas heijastavat negatiivisella tavalla tilanteeseen. Muistisairas kaipaa usein tuttuutta ja turvallisuutta, joten päivittäiset rutiinit elämässä ja tuttu hoitohenkilöstö tukevat pärjäämistä. (Mönkäre 2014, 86–91.)

Hoitajan tulee osata kohdata muistisairaahan seksuaalisuus. Seksuaalisuuden myönteistä kohtaamista auttaa sen näkeminen voimavarana silloinkin, kun muistisairas ilmentää sitä ympäristöä haittaavalla tavalla. Häiritsevissä tilanteissa haittaavasta käytöksestä huomautetaan muistisairaalle napakasti mutta häntä nolaamatta. Seksuaalisuudesta voi puhua muistisairaahan kanssa. Avoimuus ja suvaitsevaisuus ovat olennaisessa osassa keskustelussa. (Eloniemi-Sulkava & Mönkäre 2014, 90.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, kuinka sairaanhoitaja kohtaa muistisairaahan potilaan hoitotyössä. Tavoitteena on, että sairaanhoitaja voi opinnäytetyöhön kootun tiedon avulla kohdata muistisairaahan potilaan ammatillisesti hoitotyön tilanteissa.

Tutkimustehtävänä oli kuvata:

- Millainen on sairaanhoitajan ja muistisairaahan potilaan välinen onnistunut kohtaaminen?
- Mitkä tekijät vaikuttavat sairaanhoitajan ja muistisairaahan potilaan kohtaamiseen?
- Millaisia haastavia tilanteita sairaanhoitajan ja muistisairaahan potilaan väliseen kohtaamiseen liittyy?
- Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla, muistisairailla potilailla sekä heidän omaisillaan on ollut kohtaamisesta?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin parityönä, ja sen tutkimusmetodi on kirjallisuuskatsaus systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita mukaillen. Toteutustavaksi valittiin kirjallisuuskatsaus, koska sen avulla voidaan löytää luotettavaa materiaalia näyttöön perustuvasta ja tutkitusta tiedosta. Kirjallisuuskatsaus on systemaattinen tutkimusmenetelmä, joka perustuu prosessimaiseen tieteelliseen toimintaan. Kirjallisuuskatsauksen tulee olla toistettavissa, ja sen tulee pohjautua kattavasti aihealueeseen. Kirjallisuuskatsauksen tärkein tehtävä on kehittää tieteenalan teoreettista ymmärrystä sekä kehittää tai arvioida jo olemassa olevaa teoriaa. Sen avulla on mahdollista muodostaa kokonaiskuva tietystä aihealueesta tai asiakokonaisuudesta. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 7.)

5.2 Aineiston keruu

Tässä kirjallisuuskatsauksessa aineisto kerättiin aiemmin tehdyistä tieteellisistä tutkimuksista mukaillen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Tässä opinnäytetyössä materiaaliksi on kerätty sosiaali- ja terveysalan tieteellisiä tutkimuksia. Aineiston keruu aloitettiin pohtimalla tiedon hakuun soveltuvat hakusanat ja tietokannat, joista materiaalia haettiin. Niela-Vilénin ja Kauhasen (2015, 25–27) mukaan on tärkeää pohtia etukäteen aiheen kannalta keskeiset käsitteet, joilla hakuja tehdään. Hakusanoiksi valikoitui muistisairauksiin ja niiden hoitoon, sekä potilaan kohtaamiseen liittyviä hakusanoja. Hakusanoiksi valittiin ”muistisairaus”, ”muistisairauden hoito”, ”potilaan kohtaaminen”, ja ”muistisairaahan kohtaaminen”, sekä englanninkielisistä hauista ”memory disorders”, ”care methods for memory disorders”, ”encountering of the patient” ja ”care of the patient with memory disorder”.

Kirjallisuushaku on tärkeä vaihe, sillä sen perusteella valikoidaan tutkimusmateriaali. Täsmälliset hakusanat, tarkoituksenmukaiset tietokannat ja riittävä osaaminen hakujen tekemiseen ovat oleellinen osa kirjallisuushakua. (Pölkki

ym. 2012, 337.) Kirjallisuushaussa on tarkoitus tunnistaa ja löytää kaikki tutkimuskysymykseen vastaava materiaali. Sähköisissä tietokannoissa tehtävät haut ovat tehokkaita, mutta eivät välttämättä tavoita kaikkia katsaukseen soveltuvia tutkimuksia, siksi on syytä tehdä myös manuaalista hakua. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 25–27.) Opinnäytetyön kirjallisuuskatsausosion tiedonhakuun käytettyjä tietokantoja olivat Academic Search Elite, Aleksi, Arto, CINAHL, Electra, Emerald, Medic, SAGE, Sosiological Collection sekä Terveysportti. Tietoa etsittiin lisäksi sosiaali- ja terveysalan kirjallisuudesta manuaalisesti. Lähteiksi kirjallisuuskatsaukseen haettiin hoitotieteellisiä tutkimuksia ja sosiaalialan tieteellisiä tutkimuksia. Materiaali rajattiin julkaisuihin, jotka ovat tehty vuosina 2007–2018, jotta tutkittu tieto on mahdollisimman ajan tasalla olevaa. Hakukielenä käytettiin suomen- ja englanninkielisiä julkaisuja. Opinnäytetyön liitteistä löytyvästä taulukosta (Liite 1) ilmenee kirjallisuushakuun käytetyt tietokannat, hakusanat, rajaukset sekä haun tulokset.

Tiedonhakuja tehdessä havaittiin, että suoranaisesti aiheeseen eli muistisairaahan kohtaamiseen liittyviä tieteellisiä julkaisuja löytyi vähän. Ennakkokäsitys aiheesta oli, että sitä olisi tutkittu jo paljon, mutta pian havaittiin, että näin ei ollutkaan. Potilasryhmästä ”muistisairaat” löytyi tietoa vasta lähempänä vuotta 2010. Hakutuloksien perusteella voidaan päätellä, että ennen vuotta 2010 ei välttämättä ole tutkittu muistisairauksia samalla tavalla kuin nykyään. Potilaan kohtaamisesta tietoa löytyi melko runsaasti. Löytyneestä materiaalista poimittiin opinnäytetyön materiaaleihin ne tiedot, jotka koskivat muistisairaahan potilaan kohtaamista. Lisäksi havaittiin, että tiedonhaussa osasta tietokannoista tuli paljon osumia tietyille hakusanoille, joten hakuja rajattiin tarkemmin näissä tietokannoissa.

5.3 Sisäänottokriteerit

Kirjallisuuskatsauksessa käytettäville alkuperäistutkimuksille tulee määritellä tarkat sisäänottokriteerit. Ne perustuvat kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksiin, ja ne tulee määritellä ennen varsinaista artikkelien valintaa. Sisäänottokriteereissä voidaan esimerkiksi rajata alkuperäistutkimusten lähtökohtia, tutkimusmenetelmiä,

tutkimuskohdetta, tuloksia tai tutkimusten laatutekijöitä. Hyväksyttävien ja poissuljettavien tutkimusten valinta tapahtuu vaiheittain. (Johansson ym. 2007.)

Valintakriteereinä opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa käytettävälle materiaalille on käytetty aikarajausta. Valitut tutkimukset on tehty vuosina 2007–2018. Materiaaliksi hyväksyttiin kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia tutkimuksia sekä laadukkaita kirjallisuuskatsauksia. Opinnäytetyöhön otettiin vain tieteellisiä tutkimuksia, jotka on julkaistu tieteellisessä kirjallisuudessa. Tässä opinnäytetyössä lähdeaineistona käytettiin suomalaisista julkaisuista Duodecim-, Gerontologia-, Hoitotiede- ja Tutkiva Hoitotyö- lehtiä. Käytettävään materiaaliin ei otettu mukaan julkaisemattomia tutkimuksia. Käytettävän materiaali liittyy muistisairaaseen potilaaseen, eli henkilöön, jolla on diagnosoitu jokin muistisairaus. Lisäksi valittu materiaali liittyy potilaan kohtaamiseen. Opinnäytetyöhön ei otettu materiaaliksi ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä.

Tässä opinnäytetyössä käytetyt sisäänottokriteerit olivat:

- Suomen- ja englanninkieliset tutkimukset
- Tutkimukset ovat aikaväliltä 2007-2018
- Tutkimusten tulee vastata tutkimuskysymykseen otsikon, tiivistelmän ja tekstin perusteella
- Tutkimusten sisältö käsittelee muistisairaahan potilaan kohtaamista
- Julkaisusta on saatavana kokotekstiversio

Tässä opinnäytetyössä käytetyt poissulkukriteerit olivat:

- Muun kieliset tutkimukset kuin suomi tai englanti
- Tutkimukset muulta ajalta kuin 2007-2018
- Tutkimus ei vastaa tutkimuskysymykseen otsikon, tiivistelmän tai tekstin perusteella
- Tutkimukset, jotka liittyvät vanhuspotilaaseen, jolla ei ole diagnosoitu muistisairautta
- Tutkimukset, jossa kohtaamista ei ole tarkasteltu hoitoalan ammattilaisen ja potilaan välisenä kohtaamisena

5.4 Opinnäytetyön aineiston valintaprosessi

Kirjallisuushakujen perusteella opinnäytetyöhön löytyi kohtalaisesti materiaalia. Molemmat opinnäytetyön tekijät kävivät materiaalin läpi ja suorittivat yhdessä tutkimusten arvioinnin, jonka perusteella päätettiin tutkimukseen käytettävä materiaali. Tutkimusten arvioinnin tarkoituksena on tarkastella alkuperäisistä tutkimuksista saadun tiedon kattavuutta sekä tulosten edustavuutta sekä pohtia onko tutkimusten tieto oman tutkimuskysymyksen kannalta relevanttia. Arviointi on systemaattinen prosessi, joka alkaa perehtymisellä valittuihin tutkimuksiin. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 29-30.) Aineiston valinta suoritettiin kolmessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa suoritettiin tiedonhaut ja valikoitiin aineistoa tutkimuksen otsikon perusteella. Opinnäytetyöhön löytyi ensimmäisessä vaiheessa mukaan kaksikymmentäkolme tutkimusta. Seuraavassa vaiheessa molemmat opinnäytetyön tekijät lukivat tutkimusten tiivistelmät, ja päätettiin vastaako se opinnäytetyön aihetta riittävän kiinteästi. Tiivistelmien perusteella jatkoon valittiin yhdeksäntoista tutkimusta. Tässä vaiheessa karsittiin tutkimuksista muun muassa sellaiset tutkimukset, jotka eivät liittyneet suoranaisesti muistisairaisiin potilaisiin tai joissa käsiteltiin muistisairaahan hoitoa mutta ei kohtaamista. Viimeisessä vaiheessa molemmat opinnäytetyön tekijät lukivat tiivistelmän perusteella hyväksytyt tutkimukset kokonaan ja valikoivat siitä käytettävä opinnäytetyöhön käytetyn materiaalin. Materiaalista keskusteltiin yhdessä ja varmistettiin siten, että molemmat opinnäytetyön tekijät ymmärtävät sisällön samalla tavalla. Opinnäytetyöhön valikoitui loppujen lopuksi kaksitoista tutkimusta, jotka vastasivat opinnäytetyön aihetta täsmällisesti. Työhön valittujen tutkimusten laajuus oli yhteensä satayksitoista sivua.

5.5 Aineiston analysointi

Opinnäytetyön aineiston käsittelyyn käytettiin sisällönanalyysiä. Sen avulla saadaan tutkimusaineistosta selkeä kokonaiskuva. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä luodaan käsitteet ja luokat tutkimusaineiston sisällöstä ja sen tavoitteena on järjestää tutkimusaineiston selkeään muotoon sekä yhtenäiseksi kokonaisuudeksi.

Sisällönanalyysiä tehdään yhdistelemällä aineistosta nousseita saman sisältöisiä asioita yhteen ja muodostamalla niistä luokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101–103.)

Aineiston analyysin ja synteessin tarkoituksena on järjestää ja tehdä yhteenvetoja valittujen tutkimusten tuloksista. Analysointiin tutkimuksen tekoa aloittelevalla henkilölle sopiva tapa on luokitella valittua aineistoa sekä etsiä yhtäläisyyksiä ja eroja. Lopuksi tuloksia tulkitaan niin että niistä muodostuu ymmärrystä lisäävä kokonaisuus eli synteesi. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 30–32.) Kun opinnäytetyöhön saatiin valikoitua käytettävä materiaali, sen lukivat huolellisesti läpi molemmat opinnäytetyön tekijät. Opinnäytetyöntekijät keskustelivat valitusta aineistosta ja aineiston yhtäläisyyksiä ja eroja tarkasteltiin huolellisesti.

Ensimmäisessä vaiheessa kuvataan tutkimusten tärkeä sisältö (muun muassa kirjoittajat, julkaisuvuosi, julkaisumaa, tutkimuksen tarkoitus, asetelma, aineistokeruumenetelmät, tutkimuksen kohdejoukko, otos, päätulokset, vahvuudet ja heikkoudet). Yhteenveto näistä olisi suositeltavaa tehdä taulukkomuotoon, ja yhteenvedon tarkoituksena on luoda kokonaiskuva ja ymmärrys aiheesta. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 30–32.) Aineiston analysointi aloitettiin tekemällä Excel-tilukko, jossa käy ilmi tutkimuksen kirjoittajat, julkaisuvuosi, julkaisumaa, tutkimuksen tarkoitus sekä päätulokset. Taulukko antaa selkeän kuvan opinnäytetyöhön käytetystä materiaalista ja helpottaa analysointia. Taulukko löytyy liitteenä 2 opinnäytetyön lopusta.

Toisessa vaiheessa katsauksen tekijä tekee luokkia, kategorioita ja teemoja, eli koodaa aineistoa. Niiden avulla etsitään yhtäläisyyksiä ja eroja ja tulkitaan niitä. Luokille annetaan niiden sisältöä kuvaava nimi. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 30–32.) Tässä vaiheessa valitusta materiaalista opinnäytetyöhön eroteltiin pelkistetyt ilmaukset, joiden perusteella muodostettiin alaluokat. Viimeiseksi muodostettiin yläluokat ja ne nimettiin. Luokittelu helpotti yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien havaitsemista ja synteessin muodostamista. Tässä opinnäytetyössä käytetty luokittelu löytyy taulukkona opinnäytetyön liitteistä (Liite 3).

Kolmannessa vaiheessa muodostetaan löytyneistä eroavaisuuksista ja yhtäläisyyksistä looginen kokonaisuus eli synteesi. Tutkimustuloksista pyritään muodostamaan yleisempi kuva, myös ristiriitaiset tulokset esitetään. (Niela-Vilén &

Kauhanen 2015, 30–32.) Viimeisessä vaiheessa aineiston analysointia saatiin selkeä kuva aiheesta muodostamalla aineistosta synteesi. Opinnäytetyöhön saatiin selkeä ja realistinen kuva käytetystä materiaalista. Opinnäytetyön tekijät keskustelivat tarkoin saaduista tuloksista, jotta varmistuttiin materiaalin oikeasta tulkintatavasta. Muodostunut synteesi esitellään opinnäytetyön ”tulosten tarkastelu”-osiossa.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön tulokset esitetään tässä kappaleessa analyysissa syntyneiden yläluokkien mukaisesti. Yläluokat vastaavat opinnäytetyön tutkimustehtäviin. Yläluokkia sisällönanalyysissa muodostui neljä, ja ne olivat onnistunut kohtaaminen, kohtaamiseen vaikuttavat tekijät, haastavat tilanteet muistisairaana potilaan kohtaamisessa sekä hoitoon osallistuvien näkemyksiä kohtaamisesta.

6.1 Onnistunut kohtaaminen

Onnistunut kohtaaminen oli yksi kirjallisuuskatsauksen yläluokista. Se muodostui kolmesta alaluokasta, joita olivat hoitajasta riippuvat tekijät, kohtaamisen selkeys muistisairas osallisena hoidossaan. **Hoitajasta riippuviin tekijöihin** kuuluivat pelkistetyt ilmaukset hoitajan yksilöllisyys, luonne ja kohtaamistaidot sekä kunnioittava kohtaaminen. Muistisairasta hoitavalta henkilöltä edellytetään suvaitsevaisuutta ja kykyä arvioida sekä muuttaa omaa toimintatapaansa vuorovaikutuksessa muistisairaana kanssa. (Saarnio & Isola 2010, 323–224). Muistisairaiden potilaiden hoitamisessa sairaanhoitajien ammatillisia vahvuuksia ovat herkkyys, myötätunto ja empatia. Sairaanhoitajan taidot kuunnella muistisairasta potilasta ja kommunikoida hänen kanssaan parantavat hoidon tuloksia. (Jenkins, Keenan & Ginesi 2016, 20–23.) Hoitajan omalla asenteella erilaisissa tilanteissa on merkitystä. Muistisairaana potilaan kohtaamisen pitää olla kunnioittavaa. Hoitajan oman asenteen tulee olla myönteinen ja kärsivällinen, jotta luottamuksellinen suhde syntyy hoidettavan ja hoitajan välillä. (Koskenniemi ym. 2014, 6–8.) Hoitajan puhutavalla ja äänensävyllä on merkitystä kohtaamisessa. Hoitajan puhuessa potilaalle tulee huomioida hänen yksilöllisyytensä. Hoitajan tulee keskittyä juuri siihen, mitä ollaan tekemässä eikä pohtia muita potilaita tai heidän tarpeitaan. Potilasta tulee puhutella kohteliaasti ja kohdata hänet arvokkaana yksilönä. (Hennala 2014, 73–77.) Jenkinsin ym. (2016, 20–23) mukaan hoitajan on tärkeää viestiä omalla käytöksellään potilaalle, että hän arvostaa potilasta ja että potilas on itse tasavertaisena osallistujana omassa hoidossaan. Olisi optimaalista saada muistisairas potilas tuntemaan olonsa turvalliseksi tekemällä kohtaamisesta lämminhenkinen.

Toinen onnistuneen kohtaamisen alaluokka oli **kohtaamisen selkeys**. Siihen kuuluivat pelkistetyt ilmaukset hoitajan selkeä kommunikointi, potilaan kuunteleminen, molemminpuolinen ymmärrys sekä turvallinen fyysinen tila. Muistisairaahan potilaan kanssa keskusteltaessa pitää antaa riittävästi aikaa potilaalle (Koskeniemi ym. 2014 6–8). Potilaalle tulee luoda tunne, että hoitajalla ei ole kiire pois hänen luotaan (Surakka ym. 2014, 225). Muistisairaahan potilaan kanssa asiat eivät aina tapahdu nopeasti, joten hoitajalta vaaditaan kärsivällisyyttä (Hennala 2014, 73–77). Hoitajan ja muistisairaahan potilaan välisessä keskustelussa on oleellista käyttää muistisairaalle tuttuja sanoja ja esittää hänelle helppoja kysymyksiä (Jenkins ym. 2016, 20–23). Koskeniemen ym. mukaan (2014, 6–8) asia voidaan jättää hetkeksi ja palataan siihen uudelleen myöhemmin. Hoitajan tulee huomioida, että potilaan viereystilalla ja motivoinnilla on merkitystä keskustelun ja hoitotoimenpiteiden onnistumiseen. Tärkeää on, että potilaalle toistetaan tarvittaessa asia uudelleen. Asiat pitää muotoilla mahdollisimman selvästi selkokielellä, havainnollistamisen apuna voidaan käyttää esimerkkejä tai piirtämistä. Hoitajan tulee myös varmistaa, että hän on ymmärtänyt potilaan ilmaiseman asian oikealla tavalla.

Muistisairaahan potilaan kanssa työskennellessä korostuu vuorovaikutuksen merkitys. Potilas kohdataan ihmisenä omana arvokkaana yksilönään. Hoitaja toimii asiantuntijana huomioiden potilaan omat voimavarat. Tärkeää on myös, että hoitaja on tietoinen potilaan elämänhistoriasta. Esimerkiksi sotaveteraaneilla kovat äänet ja sotaelokuvien näkeminen saattavat aiheuttaa ahdistusta ja tuoda tunteen ikään kuin hän jälleen palaisi rintamalle. Jokaisella potilaalla on omat elämänarvot, joita hoitajan tulee arvostaa. Huumorin merkitystä kohtaamisessa korostetaan. Hoitajan tulee miettiä, soveltuuko se jokaisen potilaan kohdalla käytettäväksi. Hoitotyön tulee tapahtua hoitotyön periaatteita noudattaen. Muistisairaalla potilaalla on oikeus hyvään, turvalliseen, oikeudenmukaiseen ja kokonaisvaltaiseen hoitoon. (Surakka ym. 2014, 225.)

Kolmantena alaluokkana oli **muistisairas osallisena hoidossaan**. Siihen kuuluivat pelkistetyt ilmaukset muistisairas tasa-arvoisena osallistujana hoidossaan ja muistisairaahan omaiset osallisena hoidossa. Hoitotyössä hoitajan tulee huomioida potilaan läheiset ja vuorovaikutuksen merkitys heidän kanssaan, koska he ovat

potilaan hoidossa yksi tärkeä yhteistyöelin. (Surakka ym. 2014, 225.) Läheinen saattaa kokea jaksamattomuutta, taakkaa muistisairaasta, masennusta tai elämänlaatunsa heikkenemistä. Oleellisena osana muistisairaahan hoitoa on huolehtia läheisten jaksamisesta. Läheisille tulee järjestää riittävät tukipalvelut. (Lehtiranta ym. 2014, 115–116.) Stolt ym. (2014, 130–133) ovat tutkineet muistisairaahan läheisen kuormittuneisuutta läheisen osallistuessa muistisairaahan potilaan hoitoon. Tutkimuksen mukaan läheiset kokivat hoidon aiheuttavan kuormittuneisuutta. Koettuun kuormittuneisuuteen vaikuttivat muistipotilaan muistin tila, hänen hoitamisensa vaikutus läheisen elämään, läheisen terveydentila ja muistipotilaan käytöshäiriöt. Läheisten kuormittuneisuutta voidaan helpottaa hoitoon tarjotulla avulla, jota voi olla joko kotiin tarjottavaa apu tai muistipotilaan laitoshoidon siirtyminen. Läheisten kuormittuneisuuden vähentyessä he kokivat muistipotilaan hoidon positiivisemmaksi ja arvioivat oman terveydentilansa parantuneen avun saamisen jälkeen.

6.2 Kohtaamiseen vaikuttavat tekijät

Toinen kirjallisuuskatsauksen yläluokista oli kohtaamiseen vaikuttavat tekijät. Se muodostui kolmesta alaluokasta, joita olivat hoitajan ammatilliset vaatimukset, hoidon järjestyminen ja organisaatio. Ensimmäiseen alaluokkaan, **hoitajan ammatillisiin vaatimuksiin** kuuluivat pelkistetyt ilmaukset ammattitaito, riittävä tieto muistisairauksista ja työkokemus muistisairaiden parissa. Hoitajan ammattitaito ja ammatillinen osaaminen ovat tärkeitä hänen kohdatessaan muistisairasta potilasta. Hoitajan pitkä työkokemus muistisairaiden parissa, teoreettinen tieto muistisairauksista sekä riittävä koulutus muistisairaiden kanssa toimimisesta vaikuttivat olevan tärkeitä onnistuneen kohtaamisen tekijöitä. (Saarnio & Isola 2010, 330–332.) Lisäksi hoitajalla tulee olla tieto siitä, miten muistisairaus vaikuttaa potilaan käyttäytymiseen (Koskeniemi ym. 2014, 6). Hoitajalta vaaditaan kiinnostusta ja arvostusta omaa ammattiansa kohtaan. Oma ammattitaito tulee kehittää ja jakaa muille työyhteisön jäsenille tutkittuun tietoon ja näyttöön perustuvien lähteiden pohjalta saatua osaamista. (Surakka ym. 2014, 225.) Hoitotyössä tulee kiinnittää huomiota hoitohenkilökunnan osaamiseen arvioida ja seurata muistisairaahan fyysistä toimintakykyä ja sen muutoksia. Muistisairaahan

potilaan kokonaistilanteen arviointi on ensiarvoisen tärkeä hoitotyön ammattilaisen tehtävä. Oikea hoitopaikka parantaa muistisairaana elämänlaatua ja hoitoa. Muistipotilaan palvelujärjestelmässä olisi tärkeää kiinnittää huomiota tarjottaviin palveluihin ja niiden joustavuuteen ja oikea-aikaisuuteen. Muistisairasta potilasta hoitavan henkilökunnan arviointi- ja päätöksentekotaitojen tulisi olla riittävät arvioimaan potilaan pärjäämistä. (Lehtiranta ym. 2014, 105–112.)

Toinen alaluokka oli **hoidon järjestäminen**. Siihen sisältyivät pelkistetyt ilmaukset jatkuvuus ja tiedon kulku. Suhosen ym. (2015, 267–268) tutkimuksessa selvisi, että hoitajat kokivat henkilökunnan vaihtuvuuden heikentävän hoidon laatua. Lisäksi tiedonkulku hoitoalan ammattilaisten välillä on oleellista. Sen tulee olla ajantasaista, sillä viivästynyt tiedonkulku heikentää hoidon jatkuvuutta. Keskustelu onnistuneista toimintatavoista työyhteisön sisällä vaikuttaa positiivisesti muistisairaana kohtaamiseen. Työyhteisöön pitäisi luoda avoin ja keskusteleva ilmapiiri, jotta toimivat hoitokäytännöt saataisiin keskustelun myötä käyttöön koko hoitohenkilökunnalle. (Saarnio & Isola 2010, 323–332.)

Kolmas alaluokka liittyi **organisaatioon**. Sen pelkistetyt ilmaukset olivat riittävä henkilöstömitoitus ja hoitajien vaihtuvuus. Saarnion ja Isolan (2010, 330–332) mukaan organisaation edellytyksenä olisi mahdollisimman jatkuvan potilassuhteen mahdollistaminen hoitajan ja muistisairaana välille. Ammattitaitoista hoitohenkilökuntaa tulee olla riittävästi ja hoidon olla jatkuvaa. Hoitajia ei tule kierrättää eri osastoilla.

6.3 Haastavat tilanteet muistisairaana potilaan kohtaamisessa

Kolmantena yläluokkana kirjallisuuskatsauksessa oli haastavat tilanteet. Siihen muodostui yksi alaluokka, **potilaan muistisairauteen liittyvät tekijät**. Sen ensimmäisenä pelkistettynä ilmauksena oli muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Saarnion ja Isolan tutkimuksessa haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana kohtaamisessa (2010, 323–334) kävi ilmi, että hoitajat kokivat haasteellisiksi tilanteiksi perushoitoon ja lääkehoitoon liittyvät tilanteet, joissa muistisairas vastusti hoidon toteutusta. Lisäksi haastavia tilanteita aiheutti muihin potilaisiin tai hoitajiin kohdistuva häirintä tai aggressiivisuus. Riikonen ja Palomäki (2014, 151) ovat

todenneet, että muistisairaahan potilaan sairautentunnottomuuden ja sairauden kieltämisen vaiheessa potilas haluaa osoittaa olevansa kykenevä huolehtimaan itsestään. Potilas haluaa säilyttää oman arvokkuutensa loppuun asti. Haastetta hoitotyöhön luovat tilanteet, joissa potilas ei ymmärrä tarvitsevänsä apua, mutta todellisuudessa sitä tarvitsee.

Muistisairaahan potilaan käytösoireiden hoidossa voidaan käyttää apuna hänen yksilöllisyyteensä ja henkilökohtaisiin tarpeisiinsa liittyviä auttamismenetelmiä, kuten elämänhistorian tuntemusta ja muistelua. Hoitajan persoonallinen tapa toimia ja käyttäytyä saattaa joko laukaista tai ehkäistä muistisairaahan haasteellista käyttäytymistä. Aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaahan voi saada rauhoittumaan keskeyttämällä hoitotilanteen, rauhoittamalla muistisairasta verbaalisesti tai pyytämällä apua toiselta hoitajalta. Joskus hoitotoimenpidettä tekevän hoitajan vaihtaminen toiseen saattaa helpottaa toimenpiteen toteutusta. Muistisairaahan fyysinen aktiivisuus ja mielekkäiden askareiden tekeminen voi rauhoittaa muistisairasta. Lisäksi fyysinen hoitoympäristö olisi hyvä muokata muistisairasta rauhoittavaksi. (Saarnio & Isola 2010, 330–334.) Mustonen ym. (2016, 22–24) ovat todenneet kirjallisuuskatsauksessaan, että valaistuksella on merkitystä muistisairaahan potilaan vointiin muun muassa vuorokausirytmien ymmärtämiseen sekä käytösoireisiin. Hoitajien tulee huomioida ympäristön valaistuksen vaikutus vuorokauden eri aikoina. Sen avulla saadaan vähennettyä uni-valverytmien häiriöitä sekä levottomuutta.

Kokoreilias, Ryan & Elliot (2017, 5–9) ovat todenneet, että haasteellisuutta hoitotyöhön ja potilaan kohtaamiseen tuo potilaan äidinkieli. Potilaiden kotimaa voi olla eri kuin missä he ovat hoidossa. Kohtaamisessa on tärkeää, että potilas tulee oikein ymmärretyksi, sillä jos potilas ei osaa ilmaista itseään oikein, se aiheuttaa ahdistusta ja masennusta. He ovat tutkimuksessaan todenneet, että muistisairaahan palaavat omaan äidinkieleensä taudin edetessä. Potilaat käyttävät toista kieltä siten, että sanoja on muutamia oman äidinkielen seassa. Oikeanlainen kommunikaatitapa muistisairaahan potilaan kanssa luo hänelle tunteen, että hän on arvokas ja hänellä on oma paikkansa yhteiskunnassa.

Toinen muistisairaahan kohtaamisen haastaviin tilanteisiin liittyvä pelkistetty ilmaus oli muistisairaahan seksuaalisuuden kohtaaminen. Korhonen ja Ridanpää (2014, 127–

129) ovat selvittäneet muistisairaahan seksuaalisuuden ilmenemistä hoitohenkilökunnan kokemana. Tutkimuksessa selviää, että hoitajat kokevat muistisairaahan seksuaalisuuden kohtaamisen yleensä ongelmana. Lisäksi hoitohenkilökunta koki saaneensa hyvin vähän koulutusta muistisairaahan seksuaalisuuden kohtaamisesta. Hoitohenkilökunta huomioi muistisairaahan seksuaalisuuden lähinnä vasta silloin, kun hänen käytöksensä häiritsee ympäristöä. Muistisairaahan seksuaalisuutta tuettiin huolehtimalla muistisairaahan ulkonäöstä ja kehumalla sitä sekä keskustelemalla miehen ja naisen rooleista. Mikäli muistisairas on parisuhteessa, pyritään läheisyyden ja hellyyden osoittaminen puolisoitten välillä mahdollistamaan. Tilanteet, joissa muistisairas kohdisti seksuaalisen käyttäytymisen hoitajiin, ovat hoitohenkilökunnalle haastavia. Tällaisissa tilanteissa hoitaja voi ilmoittaa muistisairaalle asiallisesti, että käytös on sopimatonta, ohjata hänet toiseen tilanteeseen tai poistua tilanteesta ja palata siihen myöhemmin. Ihastumiset ja seksisuhteet hoitoyksikössä saattavat olla ongelmallisia, varsinkin jos muistisairaahan omaiset velvoittivat hoitajia lopettamaan tilanteen.

6.4 Hoitoon osallistuvien kokemuksia kohtaamisesta

Neljäs yläluokka kirjallisuuskatsauksessa oli kokemukset kohtaamisesta. Sen ainoa alaluokka oli **hoitoon osallistuvien kokemukset kohtaamisesta**. Pelkistettyjä ilmauksia luokassa oli kolme, ja ne liittyivät siihen, kenen hoitoon osallistuvan henkilön näkökulma oli kyseessä. Pelkistetyt ilmaukset olivat hoitajien kokemus kohtaamisesta, muistisairaahan kokemus kohtaamisesta ja omaisten kokemus kohtaamisesta. Suhonen ym. (2015, 265) selvittivät tutkimuksessaan, millaisen hoidon muistipotilaat ja heidän läheisensä kokevat laadukkaaksi. Selvisi, että ensisijaisesti toivottiin toimivaa yhteistyötä palvelujen käyttäjien ja ammattilaisten välillä. Lisäksi arvostettiin tarvittavan hoidon järjestymistä nopeasti ja joustavasti. Laadukkaana hoidon sisällöksi toivottiin muistisairauden säännöllistä seurantaa, toimintakykyä ylläpitävän aktiviteetin järjestymistä, tarvittavista tukipalveluista huolehtimista ja tilanteen niin vaatiessa ympärivuorokautisen hoitopaikan järjestymistä.

Muistisairaat ja omaiset toivoivat, että nimetään yksi hoidosta vastuussa oleva ammattilainen, johon voisi ottaa yhteyttä mihin aikaan vuorokaudesta vaan. Muistisairaahan hoidon toivottiin olevan hyvin seurattua ja jatkuvaa. Muistipotilaat ja heidän omaisensa kokivat ongelmalliseksi tilanteet, jossa hoitajat vaihtuivat usein. Lisäksi koettiin oleelliseksi, että hoitavat ammattihenkilöt ovat osaavia ja vahvistavat osaamistaan. Muistipotilaat ja heidän omaisensa toivoivat, että hoitohenkilökunta on vuorovaikutustaitoista, heillä on hyvä palveluasenne ja he kohtelevat muistisairasta ja hänen läheisiään hyvin. Hoitajalta odotettiin myönteistä suhtautumista ja kunnioitusta muistipotilasta kohtaan. Hoitajalla toivottiin olevan aikaa keskustella muistisairaahan kanssa ja ylläpitää hänen toimintakykyään sopivilla aktiviteeteilla. (Suhonen ym. 2015, 267.)

Hoitoalan ammattilaiset toivoivat muistipotilaan laadukkaaseen kohtaamiseen riittävää osaamista ja tarvittaessa sen vahvistusta. Hoitoalan ammattilaiset toivoivat, että muistisairasta hoitavilla henkilöillä on monipuolista tietoa muistisairauksista ja niiden hoidosta sekä mahdollisista tuista ja palveluista, jotta muistisairasta ja hänen läheisiään voitaisiin opastaa parhaalla mahdollisella tavalla. Muistipotilaan laadukkaan kohtaamisen edellytys on hyvä keskinäinen vuorovaikutus hoitoalan ammattilaisen ja muistisairaahan sekä hänen läheistensä välillä (Suhonen ym. 2015, 267–268).

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka sairaanhoitaja kohtaa muistisairaahan potilaan hoitotyössä. Tavoitteena oli, että sairaanhoitaja voi opinnäytetyöhön kootun tiedon avulla kohdata muistisairaahan potilaan ammatillisesti hoitotyön tilanteissa.

Opinnäytetyön tutkimustehtäviin ”millainen on sairaanhoitajan ja muistisairaahan potilaan välinen onnistunut kohtaaminen”, ”mitkä tekijät vaikuttavat sairaanhoitajan ja muistisairaahan potilaan kohtaamiseen”, ”millaisia haastavia tilanteita sairaanhoitajan ja muistisairaahan potilaan väliseen kohtaamiseen liittyy” ja ”millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla, muistisairailta potilailla sekä heidän omaisillaan on ollut kohtaamisesta” saatiin kohtuullinen tulos. Materiaalina työssä käytettiin kahtatoista hoitotieteellistä tutkimusta. Tutkimustehtävien vastaukset jaettiin neljän otsikon alle. Otsikot päätettiin aineiston sisällönanalyysissä muodostuneiden neljän yläluokan mukaisesti, jotka olivat onnistunut kohtaaminen, kohtaamiseen vaikuttavat tekijät, haastavat tilanteet sekä kokemukset kohtaamisesta.

Tutkimusten perusteella tärkeimmät seikat onnistuneeseen kohtaamiseen vaikuttaisivat olevan hoitajan ammattitaito ja hänen yksilölliset luonteenpiirteensä, kiireetön kohtaamistilanne ja toimiva keskustelu sekä hoitajan selviytymiskeinot haastavissa tilanteissa. Muistisairaahan kohtaamisesta löytyi loppujen lopuksi melko paljon samanlaista tietoa sekä käytetystä tutkimusaineistosta että teoreettisesta viitekehystä. Uutta tietoa saatiin melko vähän. Tuloksia tarkastellessa huomattiin kuitenkin, että opinnäytetyöhön koottu tieto antaa tukea sairaanhoitajan ja potilaan väliseen kohtaamiseen. Opinnäytetyöhön saatiin kerättyä kattavasti tietoa kohtaamisesta useasta eri lähteestä.

Tutkimusten mukaan hoitajat toivoivat vahvistusta osaamiseensa toimia muistisairaiden parissa (Suhonen ym. 2015). Tähän opinnäytetyöhön on koottu laajasti tietoa hoitajan ja muistisairaahan potilaan välisestä kohtaamisesta. Opinnäytetyön tuloksista muodostettiin työn loppuun sivun mittainen yhteenveto

siitä, kuinka kohdata muistisairas potilas ammatillisesti (Liite 4). Sairaanhoitaja voi käyttää yhteenvetoa työssään esimerkiksi muistilistana kohdatessaan muistisairaahan potilaan. Yhteenvedosta löytyy konkreettisia neuvoja hoitajan ja muistisairaahan potilaan väliseen kohtaamistilanteeseen.

Useassa tutkimuksessa nousi esiin hoitajan ammatillisen osaamisen tärkeys. Onnistuneeseen kohtaamiseen vaikuttaa selkeästi hoitajan tieto muistisairauksista ja työkokemus muistisairaiden parissa. Lisäksi hoitajan ammattitaidon ylläpitäminen ja kouluttautuminen ovat tärkeitä edistämään hoitajan ja muistisairaahan välistä kohtaamista. Tutkimuksissa selvisi, että myös hoitajat itse toivoivat, että muistisairaiden parissa työskentelee ammattitaitoista henkilöstä ja että heidän osaamistaan vahvistetaan (Suhonen ym. 2015).

Sairaanhoitajan tulee omata tutkimusten mukaan monenlaisia luonteenpiirteitä, jotka tekevät kohtaamisesta onnistuneen. Näitä ovat muun muassa kunnioitus, myönteisyys, kärsivällisyys, herkkyyys, myötätunto, empatia, suvaitsevaisuus sekä joustavuus. Lisäksi hoitajan tulee omata hyvät taidot kuunnella ja keskustella (Jenkins ym. 2016). Hoitajan asenteen tulee olla positiivinen ja hänen tulee keskittyä potilaaseen yksilönä (Hennala 2014). Hoitajan on tärkeää herättää muistisairaassa potilaassa luottamusta. Näitä samoja piirteitä kuvattiin tärkeiksi myös teoreettisessa viitekehysessä.

Muistisairaahan kohtaamiseen on tärkeää varata riittävästi aikaa ja kohtaamisen tulee olla rauhallinen tilanne, jotta muistisairaalle potilaalle tulisi turvallinen olo (Koskeniemi ym. 2014). Myös muistisairaahan itse toivoivat, että hoitajilla olisi aikaa keskustella heidän kanssaan (Suhonen ym. 2015). Kiireetön ilmapiiri mainittiin tärkeäksi myös teoreettisessa viitekehysessä. Haastetta tähän voi aiheuttaa riittämätön henkilöstömitoitus, jonka myötä hoitajan kiire vaikuttaa ajan antamiseen negatiivisella tavalla. Lisäksi hoitajan ja muistisairaahan potilaan välisessä kohtaamisessa korostuu vuorovaikutuksen tärkeys. Koska muistisairaahan potilaan kognitiiviset taidot ovat heikentyneet on oleellista käyttää keskustelussa selkokieltä ja varmistaa että keskustelussa vallitsee molemminpuolinen ymmärrys.

Muistisairaiden potilaiden hoitotyötä toteutettaessa hoitajalle tulee todennäköisesti eteen haastavia tilanteita. Niitä aiheuttavat pääasiassa muistisairaahan potilaan

käytösoireet. Usein tilanteet liittyvät käytännön hoitotyön toimenpiteisiin ja ilmenevät vastustamisena tai aggressiivisena käytöksenä. (Saarnio & Isola 2010.) Muun muassa tällaisissa tilanteissa hoitajalta vaaditaan osaamista kohtaamiseen. Hoitaja voi omalla toiminnallaan vaikuttaa suuresti hoitotyön tilanteiden onnistumiseen. Tutkimuksista selvisi, että hoitajat kokevat muistisairaahan seksuaalisuuden kohtaamisen haastavana. Koettiin, ettei siihen ole välttämättä saatu riittävää koulutusta. (Korhonen & Ridanpää 2014.) Teoreettisessa viitekehyksestä selvisi, että muistisairaahan seksuaalisuuden kohtaaminen on olennainen osa-alue muistisairaahan hoitoa. Voidaan päätellä, että koulutus muistisairaahan seksuaalisuuden kohtaamisesta saattaa olla olennainen lisäys hoitajien koulutukseen.

7.2 Jatkotutkimukset

Suoranaisia tutkimuksia sairaanhoitajan ja muistisairaahan välisestä kohtaamisesta löytyi hyvin niukasti. Sen vuoksi saattaa olla oleellista tutkia, millaisia sairaanhoitajien ja muistisairaiden väliset kohtaamiset tyypillisesti ovat. Kohtaamisia tapahtuu luonnollisesti paikoissa, joissa hoidetaan ikäihmisiä, ja siellä kohtaamiset ovat hoitajille jatkuvia. Ikäihmisten pitkäaikaishoidon laitoksissa todennäköisesti esiintyy enemmän käytösoireisia muistisairaita ja hoitajilla on osaamista heidän kohtaamiseensa. Muistisairaita potilaita kohdataan kuitenkin lähes kaikilla terveydenhuollon osa-alueilla, joten on hyödyllistä selvittää, millaista osaamista sairaanhoitajilla on muistisairaiden kohtaamisesta sellaisilla toimipaikoilla, jotka eivät ole keskittyneet heidän hoitoonsa, esimerkiksi poliklinikoilla. Lisäksi kiinnostava tutkimuksen aihe olisi se, miten kohdataan potilas, jolla on pitkälle edennyt muistisairaus ja hän vastustaa aina hoitotoimenpiteitä. Tutkimuksista nousi esiin tieto, että hoitajat toivovat osaamiseensa päivitystä, joten voi olla oleellista tutkia, mihin osaamisen osa-alueisiin erityisesti koulutusta toivotaan ja järjestää koulutusta sen mukaan.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyö on luotettava, sillä lähteet valittiin huolellisesti kahden henkilön voimin. Opinnäytetyöhön valikoitiin tieteellisiä tutkimuksia, jotka ovat julkaistu tieteellisessä kirjallisuudessa. Käytettävään materiaaliin ei otettu mukaan julkaisemattomia tutkimuksia tai harmaata kirjallisuutta. Opinnäytetyössä käytettiin tutkittua, näyttöön perustuvaa tietoa. Lisäksi pohdittiin tutkimuksien tekijöiden luotettavuutta. Voidaksemme tehdä muistisairaahan kohtaamisesta jonkun havainnon, tulee asia olla mainittuna useammassa tutkimuksessa kuin vain yhdessä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli löytää tutkimuskysymykseen vastaavaa materiaalia. Lisäksi opinnäytetyön pohdintavaiheessa tarkasteltiin asioita, jotka ovat saattaneet aiheuttaa harhaa tuloksiin. Loppuun liitettiin taulukko valituista tutkimuksista, jotta voidaan havainnollistaa opinnäytetyön ja alkuperäisten tutkimusten yhteyttä toisiinsa. (Stolt ym. 2015, 30–40.)

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa enimmäkseen tiedonhaun onnistuminen, koska kyseessä on kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyön tekijöiden tuli osata tulkita tutkimuksia kriittisesti ja poissulkea sellaiset tutkimukset, joissa ei ollut luotettavaa tietoa koskien opinnäytetyön aihetta. Tutkimusten arviointi tulee suorittaa vähintään kahden henkilön tekemänä. Opinnäytetyön tekijät lukivat itsenäisesti tutkimukset, jonka jälkeen saatuja tuloksia verrattiin keskenään ja erimielisyyksistä päästiin yksimielisyyteen (Stolt ym. 2015, 69.) Kansainvälisien lähteiden osalta luotettavuutta saattaa heikentää se, miten opinnäytetyön tekijät tulkitsivat kansainväliset artikkelit suomen kielellä (Vieruaho ym. 2016, 46).

Opinnäytetyössä noudatettiin tutkimuseettisiä ohjeita. Työssä huomioitiin tutkijoiden tekemät artikkelit asianmukaisella tavalla. Viittaukset tehdään oikealla tavalla muuttamatta alkuperäisen tutkimuksen merkitystä ja tuloksia. (TENK 2012.) Opinnäytetyössä vältettiin epäeettistä toimintaa, jonka seurauksena saattaisi tapahtua alkuperäisen tutkimuksen laiminlyöntiä, tulosten muuttamista eli havaintojen vääristämistä. Työn tarkoituksena ei ole kertoa tekaistuja tuloksia tai johtopäätöksiä alkuperäisestä tutkimuksesta. Opinnäytetyöhön ei plagioitu tekstiä tutkijoiden alkuperäisistä tutkimuksista. Plagioinniksi luetaan suora kopiointi ja mukaillen tehty kopiointi eli sanajärjestyksen muuttaminen. (TENK 2012.)

Opinnäytetyössä käytettiin näyttöön perustuvia tieteellisiä artikkeleita, joiden tulokset kerrottiin muokkaamatta asiasisältöä.

Muistisairaiden määrä kasvaa jatkuvasti yhteiskunnassamme, joten opinnäytetyö on hyödyllinen hoitoalalla työskenteleville henkilöille. Terveystieteiden tutkimuskeskuksella on runsaasti valtaa yksilöiden elämässä, mikä aiheuttaa eettistä pohdintaa hoitoalan ammattilaisten keskuudessa (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 14). Tämän vuoksi tutkitun tiedon käyttämisellä on suuri merkitys hoitotyössä. Sen avulla osataan toimia oikealla tavalla erilaisissa tilanteissa, kuten muistisairaahan kohtaamisessa. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE on tehnyt eettisiä suosituksia hoitoalalle, suosituksissa korostuu vuorovaikutus potilaan kanssa (ETENE 2011, 5).

7.4 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen kasvatti opinnäytetyön tekijöitä tulevaan ammattiin. Työn ansiosta opinnäytetyön tekijät osaavat etsiä tulevassa työssä luotettavista lähteistä kriittisesti tietoa. Tämän tiedonhaun prosessin ansiosta opinnäytetyön tekijät osaavat tulevaisuudessa hakea hoitotieteellistä tietoa oikeista paikoista ja lukea tietoa kriittisesti. Lisäksi opinnäytetyön tekijät osaavat välttää harmaata kirjallisuutta ja valita oikeat tutkimukset. Työ on opettanut tieteellisen kirjoitustavan kirjoittamaan opinnäytetyötä ja opinnäytetyön tekeminen antaa hyvän pohjan tuleville opinnoille ja kirjallisten töiden tekemiselle.

Työn aihe ”muistisairaahan potilaan kohtaaminen sairaanhoitajan näkökulmasta” on hyvin tärkeä ja ajankohtainen. Opinnäytetyön tekijät kohtaavat muistisairaita kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä. Usein käsityksenä on se, että sillä ei ole merkitystä miten muistisairaahan kohtaa, koska hän unohtaa sen hetken kuluttua. Opinnäytetyön tekijät saivat hankkimansa tiedon avulla ohjeita omaan kohtaamiseen muistisairaahan potilaan kanssa. Opinnäytetyön tekijöillä on useampi vuosi takana hoitajan työtä, joten tämän työn avulla saamme vahvistusta omaan ammatilliseen tapaamme kohdata muistisairas potilas oikein. Työn avulla voidaan opettaa ja ohjata myös niitä terveydenhuollon henkilöitä, joilla ei ole tarpeeksi tietoutta asiasta. Työn vahvuutena voidaan pitää monipuolisia lähteitä. Tärkein asia

opinnäytetyössä on se, että muistisairas potilas on arvokas yksilö, joka tulee kohdata arvokkaana ihmisenä. Työn avulla opinnäytetyön tekijät saavat lisää tietoa kohtaamisen ongelmatilanteisiin ja osaavat miettiä erilaisia ratkaisuja kohdata potilas oikein. Lisäksi he voivat olla mukana kehittämässä hoitotyötä eri yksiköissä sekä tehdä erilaisia uusia tutkimusehdotuksia uusille tutkimuskohteille muistisairaana potilaan kohtaamiseen liittyen.

LÄHTEET

Alzheimer Society of Canada. 2011. Guidelines for care: Person-centered care of people with dementia living in care homes. Kanada.

Atula, S. 22.5.2015. Lewyn kappale -tauti. Lääkärikirja Duodecim. [Verkkoartikkeli]. [Viitattu 11.4.2018]. Saatavana: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105

Atula, S. 16.5.2016. Parkinsonin tauti. Lääkärikirja Duodecim. [Verkkoartikkeli]. [Viitattu 11.4.2018]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00055

Atula, S. 22.5.2015. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Lääkärikirja Duodecim. [Verkkoartikkeli]. [Viitattu 11.4.2018]. Saatavana: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106&p_hakusana=vaskulaarinen%20dementia

Eloniemi-Sulkava, U. & Mönkäre, R. 2014. Muistisairaahan seksuaalinen kohtaaminen. Teoksessa: M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.). Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus OY. 90.

Erkinjuntti, T., Rinne J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus OY Duodecim.

ETENE= Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Hallikainen, M. 2014. Alzheimerin taudin nyky lääkehoito ja lääkekehityksen haasteet. [verkkosivu]. [Viitattu 11.10.2017]. Saatavana: Duodecim lääketietokanta. Vaatii käyttöoikeuden.

Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus OY Duodecim.

Hallikainen, M. & Nukari, T. 2017. Kivun arviointi ja hoito. Teoksessa: M. Hallikainen, R. Mönkäre & T. Nukari. Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim. 156–157.

Hartikainen, S. & Taipale H. 2017. Psykykläläkkeet Alzheimerin taudin hoidossa. Duodecim (133), 429–431.

- Huhtamäki-Kuoppala, M. & Koivisto, K. 2010. Potilaan ja omaisen tukeminen. Teoksessa: t. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen. Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus OY Duodecim. 530.
- Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto.
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: SanomaPro.
- Käypä hoito -suositus. 27.1.2017. Muistisairaudet. [Verkkosivu]. [Viitattu 10.4.2018]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044#s25>
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: SanomaPro.
- Lotvonen, H., Rosenvall, A. & Nukari T. 2014. Muistisairaahan hoidon järjestäminen. Teoksessa: M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus OY Duodecim. 202–216
- Lönneröos, E. & Sillanpää H. 2014. Muistisairaahan lääkehoidon periaatteet. Teoksessa: M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus OY Duodecim. 222.
- Mönkäre, R. 2014. Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjaaminen. Teoksessa: M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus OY Duodecim. 85–91.
- Mönkäre, R. 2017. Vuorovaikutus ja ohjaaminen. Teoksessa: M. Hallikainen, R. Mönkäre & T. Nukari. Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim. 38–50.
- Niela-Vilén, H. & Kauhanen, L. 2015. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa: M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto. 25–32.
- Pirttilä, T., Suhonen, J., Rahkonen, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Muistisairauslääkkeet ja niiden käyttö. Teoksessa: T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen. Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus OY Duodecim. 466.
- Pölkki, T., Kääriäinen, M., Kanste, O., Kyngäs, H. & Elo, S. 2012. Järjestelmällisten kirjallisuuskatsausten metodologinen laatu: katsaus kansainvälisiin ja kansallisiin hoitotieteen julkaisuihin vuodelta 2009–2010. Hoitotiede 24 (4), 337–347.

Remes, A. & Rinne, J. 2015. Muistisairaudet: Otsa-ohimolohkorappeumat. [Verkkoartikkeli]. Duodecim. [Viitattu 30.3.2018]. Saatavana Duodecim oppiportti - palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.

RNAO= Registered Nurses` Association of Ontario. 2008. Dementia Observation System (DOS) Tools. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 16.4.2018]. Saatavana: <http://tctoolkit.rnao.ca/node/1220>

Sulkava, R. 5.4.2016. Geriatria: Alzheimerin tauti. [Verkkoartikkeli]. Duodecim. [Viitattu 17.3.2018]. Saatavana Duodecim oppiportti - palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.

Sulkava, R. 5.4.2016. Geriatria: Parkinson-dementia. [Verkkoartikkeli]. Duodecim. [Viitattu 11.4.2018]. Saatavana Duodecim oppiportti palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto.

TENK Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 28.11.2017]. Saatavana: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 9.3.2018. Ajankohtaista. [Verkkosivu]. [Viitattu 20.3.2018]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/ajankohtaista>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 21.2.2018. Muistisairaudet. [Verkkosivu]. [Viitattu 17.4.2018]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vieruaho, K., Palonen, M., Åsted-Kurki, P. & Leino, K. 2016. Rintasyöpäpotilaiden internet-pohjainen ohjaus – systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 28 (1). 38–49.

Vainikainen, T. 2016. Kumppanina muistisairaus. Helsinki. Kirjapaja.

KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTEET

1. Hennala, L. 2014. Radikaaleja innovaatioita vai pieniä tekoja- ikäihmisten ääni kotihoidon palvelujen uudistamisessa. *Gerontologia* 28 (2), 67–82.
2. Jenkins, C., Keenan, B. & Ginesi, L. 2016. Dementia 4: The nurse's role in caring for people with dementia. *Nursing Times* 112 (27/28), 20–23. Englanti.
3. Kokoreilias, K., Ryan, E. & Elliot, G. 2017. Strategies to facilitate the use of English in bilingual adults with dementia. *Canadian nursing home* 28 (3), 5–9. Kanada.
4. Korhonen, E. & Ridanpää, H. 2014. Näkymätön seksuaalisuus - Raportti hoitajille ja muistisaira-an puolisoille suorit- etun kyselykartoituksen tuloksista. *Gerontologia* 28 (2), 127–129.
5. Koskeniemi, J., Stolt, M., Hupli, M., Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. 2014. Muistipotilaan haastattelu- haaste klinikoille ja tutkijoille. *Tutkiva hoitotyö* vol 12 (1). 4–11.
6. Lehtiranta, S., Hupli, M., Leino-Kilpi, H., Stolt, M., Koskeniemi, J., Suhonen, R. & Jartti, L. 2014. Muistisaira-an henkilön kotoa laitoshoidon siirtymistä jouduttavat tekijät. *Hoitotiede* 26 (2), 113–124.
7. Mustonen, R., Hallikainen, I., Hallikainen, M., Merilahti, J. & Elo, S. 2016. Valaistus muistisaira-an henkilön asu- misen ja hyvinvoinnin tukena- integratiivinen kirjallisuuskatsaus valaistukseen kohdistuviin interventioihin. *Gerontologia* 30 (1), 13–26.
8. Riikonen, M. & Palomäki, S-L. 2014. Seurantateknologia muistisaira-an ihmisen näkökulmasta- autonomiaa vai tunkeilevuutta? *Gerontologia* 28 (3), 143–155.
9. Saarnio, R. & Isola, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. *Gerontologia* 24 (4), 323–334.
10. Stolt, M., Hupli, M., Suhonen, R., Katajisto, J., Koskeniemi, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Läheisen kuormittuneisuus muistipotilaiden kotihoidossa. *Hoitotiede* 26 (2), 125–135.
11. Suhonen, R., Koskeniemi, J., Röberg, S., Stolt, M., Hupli, M. & Leino-Kilpi, H. 2015. Muistipotilaiden optimaalisen palvelukokonaisuuden ominaisuudet. *Hoitotiede* 27 (4), 259–273.

12. Surakka, T., Suonsivu, K. & Åsted-Kurki, P. 2014. Vanhustyön lähijohtajien näkemyksiä hyvästä vanhuksen kanssa tehtävästä työstä. *Gerontologia* 28 (4), 221–230.

LIITTEET

Liite 1. Käytetyt hakusanat ja osumat

Liite 2. Valittu aineisto

Liite 3. Valitun aineiston koodaus

Liite 4. Kuinka kohtaavat muistisairaant potilaan - muistilista sairaanhoitajille

Liite 1. Käytetyt hakusanat

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Rajaukset
Terveysportti	Muistisairaus	527	2007-2017
	Muistisairauden hoito	232	Kieli: Suomi
	Potilaan kohtaaminen	188	
	Muistisairaahan kohtaaminen	26	
Aleksi	Muistisairaus	19	2007-2017
	Muistisairauden hoito	1	Kieli: Suomi
	Potilaan kohtaaminen	3	
	Muistisairaahan kohtaaminen	1	
Arto	Muistisairaus	4	2007-2017
	Muistisairauden hoito	0	Kieli: Suomi
	Muistisairaahan kohtaaminen	282	
	Kohtaaminen AND muistisairas	0	
	Kommunikointi AND muistisairas	0	
Elektra	Muistisairaus	13	2007-2017
	Muistisairauden hoito	6	Kieli: Suomi
	Potilaan kohtaaminen	143	
	Muistisairaahan kohtaaminen	6	
Medic	Muistisairaus	138	2007-2017
	Muistisairaus AND hoito	2	Kieli: Suomi
	Potilas AND kohtaaminen	5	
	Muistisairaus AND kohtaaminen	1	
	Muistisairaus AND kommunikointi	0	
CINAHL	"Memory Disorders"	357	2007-2017
	"Memory Disorders" AND "Care Methods"	1	English
	"Memory Disorders" AND Encounter	2	Article
	Encountering of the patient	18	Full text
	Care of the patient with memory disorder	2	
Academic Search Elite	Memory Disorders	660	2007-2017
	Memory Disorders AND Care Methods	3	English
	Patient AND Encounter	1390	Article
	Memory Disorders AND Encounter	5	Full text
	Encountering of the patient	35	
	Care of the patient with memory disorder	3	
EMERALD	Memory Disorders	403	2007-2017
	Memory Disorders AND Care Methods	161	Articles and
	Memory Disorders AND Encounter	120	Chapters
	Care of the patient with memory disorder	109	
SAGE Journals	"Memory Disorders"	246	2007-2017
	"Memory Disorders" AND "Care Methods"	6	Only content I have
	"Memory Disorders" AND Encounter	24	full access to
Sosiological Collection	"Memory Disorders"	54	2007-2017
	"Memory Disorders" AND "Care Methods"	0	English
	"Memory Disorders" AND Encounter	3	Article
	Care of the patient with memory disorder	1654	Full text

Liite 2. Valittu aineisto

Tutkimuksen tekijät, vuosi, maa	Tutkimusmenetelmä	Kohderyhmä	Tarkoitus	Keskeiset tulokset
1. Hennala, L. 2014. Suomi.	Kvalitatiivinen tapaus tutkimus, tarinateatterimenetelmä, analyysi eli käyttäjän äänen tunnistaminen tehtiin kvalitatiivisilla menetelmillä	lääkäritä kotipalvelun asiakkaita, heidän hoitajat, omainen, lähiesimiehiä, palvelujen kehittäjiä, johtajia (n=19)	Arvioida, mitä toimintatapoja uudistamalla voidaan lisätä kotihoiton asiakaslähtöisyyttä. ja kenen vastuulla uudistukset ovat.	Hoitajan omalla käyttäytymisellä, viestinnällä sekä asenteella on suuri merkitys ikäihmisen kohtaamisessa.
2. Jenkins, C., Keenan, B. & Ginesi, L. 2016. Englanti.	Kirjallisuuskatsaus	Kirjallisuus	Selvittää sairaanhoitajan roolia muistisairaiden potilaiden hoidossa.	Sairaanhoitajan aktiivinen kuuntelu, empatian osoittaminen ja oikean ympäristön tarjoaminen muistisairaille potilaille auttaa terapeutin suhteen syntymiseen ja parantamaan hoidon tuloksia.
3. Kokorelias, K., Ryan, E. & Elliot, G. 2017. Kanada.	Kvalitatiivinen tutkimus, teemahaastattelu, analysoitu sisällön analyysillä	Kaksikieliset muistisairaat, jotka puhuvat kreikkaa sekä englantia (n=15) pitkäaikasosastolla	Selvittää, onko mahdollista vahvistaa kreikkalaisen dementia-potilaan toista kieltä (englantia).	Muutaamat potilaat kykenevät puhumaan lauseita toisella kielellään. Potilaiden puhekieli muuttuu omaksi äidinkieleksi sairauden edetessä sisältäen joitakin sanoja vieraasta kielestä.
4. Korhonen, E. & Ridanpää, H. 2014. Suomi.	Kvantitatiivinen tutkimus, kyselykartoitus ja teemahaastattelut	Muistisairaiden puoliset, hoitajat	Selvittää muistisairaana seksuaalisuuden ilmenemistä sekä hoitohenkilökunnan, että muistisairautta sairastavien puolisojen kokemana.	Hoitohenkilökunnan vastausten perusteella muistisairaana seksuaalisuus nähdään kapealaisesti ja ongelmakeskeisesti. Hoitohenkilökunta oli saanut hyvin vähän koulutusta muistisairaana seksuaalisuudesta, seksuaalisuuden kohtaamisesta ja tukemisesta.
5. Koskeniemi, J., Stolt, M., Hupli, M., Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. 2014. Suomi.	Kvalitatiivinen tutkimus, tutkimushaastattelu, analysoitu sisällönanalyysillä	Muistipotilas (n=304) kotihoidossa n=182 ja laitoshoidossa n=122) ja heidän nimeämä läheinen (miehiä n=108 ja naisia n=196)	Tunnistaa muistipotilaiden haastattelujen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä.	Muistipotilaan haastattelun onnistumiseen vaikuttavat neljä eri tekijää: potilas itse, hoitohenkilökunta, läheiset sekä haastattelija.

6. Lehtiranta, S., Hupli, M., Leino-Kilpi, H., Stolt, M., Koskeniemi, J., Suhonen, R. & Jartti, L. 2014. Suomi.	Kvalitatiivinen tutkimus, haastattelu, analysoitu induktiivisella sekä deduktiivisella sisällönanalyysillä	Muistisairaiden läheiset (n=304)	Analysoida muistisairaahan henkilön kotoa laitoshoidon siirtymistä jouduttavia tekijöitä potilaiden läheisten arvioimana.	Laitoshoidon siirtymistä jouduttavia tekijöitä havaitaan usein jo hyvissä ajoin etukäteen. Puuttamalla näihin tekijöihin voidaan pystyä myöhentämään laitoshoidon siirtymistä.
7. Mustonen, R., Hallikainen, I., Hallikainen, M., Merilähti, J. & Elo, S. 2016. Suomi.	Integratiivinen kirjallisuuskatsaus, aineiston valinta ja laadunarviointi, analysoitu narratiivisella synteesillä	Kaksi tutkijaa valitsivat aineiston (n=15)	Kuvata valaistuksen merkitystä muistisairaaseen potilaaseen kotona ja laitoshoidossa.	Valaistuksella voidaan vaikuttaa muistisairaahan potilaan hyvinvointiin sekä vuorokausi-rytmin ylläpitämiseen.
8. Riikonen, M. & Palomäki, S-L. 2014. Suomi.	Kvalitatiivinen tutkimus, puolistrukturoitu haastattelu, laadullinen sisällönanalyysi	Kotona läheisen kanssa tai kodinomaisessa hoivakodissa asuva muistisairas (N=30, miehiä n=17 ja naisia n=13)	Selvittää, miten eettiset kysymykset seurantateknologian käytössä ilmenevät muistisairaahan ja hänen läheisen kokemana.	Muistisairaat potilaan ovat kykeneviä kertomaan omista kokemuksistaan, kun heille annetaan mahdollisuus ja heidän kertomaansa pidetään arvokkaana tietona. Omaisen läsnäolo saattaa vaikuttaa potilaan vastauksiin.
9. Saarnio, R. & Isola, A. 2010. Suomi.	Kvantitatiivinen tutkimus, vapaamuotoinen kyselytutkimus, analysoitu induktiivisella sekä deduktiivisella sisällönanalyysillä	Hoitajat 2004 (n=339), 2009 (n=114)	Kuvata dementoituvien vanhusten hoitajien kokemuksia tilanteista, joissa vanhus käyttäytyy haasteellisesti.	Haasteellisiksi koetaan tilanteet, joissa vanhus vastustaa hoitotilanteita sekä muihin asukkaisiin ja hoitajiin kohdistuva häirintä ja aggressiivisuus.
10. Stolt, M., Hupli, M., Suhonen, R., Katajisto, J., Koskeniemi, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Suomi.	Kvalitatiivinen tutkimus, strukturoitu haastattelu, analysoitu tilastollisin menetelmin	Muistipotilaiden omaiset (n=182)	Analysoida muistipotilaiden läheisten kuormittuneisuutta muistipotilaiden hoidossa.	Muistipotilaiden läheisten kuormittuneisuutta voidaan helpottaa hoitoon tarjotulla avulla.
11. Suhonen, R., Koskeniemi, J., Röberg, S., Stolt, M., Hupli, M. & Leino-Kilpi, H. 2015. Suomi.	Kvalitatiivinen tutkimus, ryhmähaastattelu, analysoitu aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä	Muistipotilaat ja heidän läheisensä (n=18), hoitajat (n=14), johtajat (n=10)	Kuvata muistipotilaiden optimaalista palvelukokonaisuuden muodostumista Suomessa.	Tutkimuksessa selvisi muistisairaiden optimaalisen palvelukokonaisuuden ominaisuuksia palvelujen käyttäjien, ammattilaisten ja päätöksen tekijöiden näkökulmasta.
12. Surakka, T., Suonsivu, K. & Åsted-Kurki, P. 2014. Suomi.	kvalitatiivinen tutkimus, kyselylomake, analysoitu laadullisella sisällönanalyysillä	Lähijohtajat 100 (n=37)	Selvittää, millaiseksi lähihoitajat itse määrittävät hyvän vanhustyön.	Kyselyn avulla saatiin selville, millaista on hyvä vuorovaikutus ikääntyneen kanssa, millaista on asiantuntijuus ja osaaminen, työntekijät ja työn tekeminen sekä yhteiskunnan merkitys osana hyvää vanhustyötä.

Liite 3. Valitun aineiston koodaus

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus
Onnistunut kohtaaminen	Hoitajasta riippuvat tekijät	Hoitajan yksilöllisyys, luonne ja kohtaamistaidot
		Kunnioittava kohtaaminen
	Kohtaamisen selkeys	Hoitajan selkeä kommunikointi
		Potilaan kuunteleminen
		Molemmin puolinen ymmärrys
		Turvallinen fyysinen tila
	Muistisairas osallisena hoidossaan	Muistisairas tasa-arvoisena osallistujana hoidossaan
		Muistisairaahan omaiset osallisena hoidossa
Kohtaamiseen vaikuttavat tekijät	Hoitajan ammatilliset vaatimukset	Ammattitaito
		Riittävä tieto muistisairauksista
		Työkokemus muistisairaiden parissa
	Hoidon järjestyminen	Jatkuvuus
		Tiedon kulku
		Riittävä aika
	Organisaatio	Riittävä henkilöstömitoitus
		Hoitajien vaihtuvuus
Haastavat tilanteet	Potilaan muistisairauteen liittyvät tekijät	Muistisairauteen liittyvät käytösoireet
		Muistisairaahan seksuaalisuus
Kokemukset kohtaamisesta	Hoitoon osallistuvien näkemykset kohtaamisesta	Hoitajien kokemus kohtaamisesta
		Muistisairaahan kokemus kohtaamisesta
		Omaisen kokemus kohtaamisesta

Liite 4. Kuinka kohtaat muistisairaahan potilaan – yhteenveto tuloksista

Kuinka kohtaat muistisairaahan potilaan?

Kohtaamiseen valmistautuminen

- Varaa kohtaamiseen aikaa
- Pyri tekemään kohtaamisesta lämminhenkinen tilaisuus
- Potilas kohdataan ihmisenä
- Ole myönteinen, kärsivällinen ja potilasta arvostava. Näin saat muistisairaahan luottamuksen
- Huomioi potilaan yksilöllisyys
- Kohtaamiseen vaikuttaa potilaan voimavarat, elämänarvot ja vireystila

Kohdatessasi potilaan

- Muista että muistisairas on tasavertainen osallistuja omaan hoitoonsa
- Asetu potilaan tasolle ja katso häntä silmiin puhuttaessa
- Kuuntele potilasta, puhu selkeästi ja käytä muistisairaalle tuttuja sanoja
- Esitä helppoja kysymyksiä. Tarvittaessa voit toistaa asian uudelleen
- Asioita voi havainnollistaa käyttämällä esimerkkejä tai piirtämällä
- Varmista että muistisairas ymmärtää sinut oikein
- Kiinnitä huomiota puhetapaasi ja äänen sävyysi
- Muista huomioida ilmeesi ja eleesi
- Huomioi ympäristön vaikutus (rauhallinen tila, sopiva valaistus)